

PERSONNES DE CONTACT

Nom et n° de téléphone:

Famille:

Foyer:

DONNÉES PERSONNELLES

Nom:	Né(e) le:	<input type="checkbox"/> Français
Prénom:	Sexe:	<input type="checkbox"/> Allemand
Nom d'usage:	taille:	<input type="checkbox"/> Italien
Adresse:	poids:	<input type="checkbox"/> Autre

Bref descriptif de l'état général du malade, interaction avec son entourage, degré d'assistance nécessaire :

.....
.....

VOYAGE

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peut monter les escaliers de l'avion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chaise roulante personnelle étiquetée (coussin et cale-pied étiquetés) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chaise électrique personnelle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rollator étiqueté personnel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cannes étiquetées personnelles |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chaise roulante à l'aéroport (assistance au sol) |

<input type="checkbox"/> Chaise manuelle	Marque:	Dimensions:	Poids:
<input type="checkbox"/> Chaise électrique personnelle	Marque:	Dimensions:	Poids:
<input type="checkbox"/> Batterie (sèche)	Marque:	Dimensions:	Poids:

Abonnement CFF ☐ AG ☐ ½ Tarif ☐ Aucun abonnement ☐ Carte accompagnant gratuite

Aéroport de départ: ☐ Genève ☐ Zurich ☐ Milano ☐ Aucun Aéroport de retour: ☐ Genève ☐ Zurich ☐ Milano ☐ Aucun

ACCUEIL SAINT-FRAI

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Matelas anti-escarre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barrière droite/gauche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verticalisateur avec sangle personnelle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Élévateur |

COMMUNICATION

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autonome pour voir |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autonome pour entendre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autonome pour parler |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles du langage |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prothèses auditives |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lunettes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : |

ÉTAT PSYCHIQUE

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orienté dans le temps |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orienté dans l'espace |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Calme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agitation modérée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angoisse modérée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agressivité modérée |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Troubles de la mémoire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : |

MOBILISATION

Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autonome |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aide pour se lever / se coucher |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aide pour marcher |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aide pour les transferts |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tendance aux chutes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tendance aux fugues |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Attelles |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : |

HYGIÈNE / HABILLEMENT

Oui Non

- ☐ ☐ Autonome
- ☐ ☐ Aide pour se laver
- ☐ ☐ Toilette complète
- ☐ ☐ Aide pour s'habiller/déshabiller
- ☐ ☐ Aide pour se coiffer / se raser
- ☐ ☐ Prothèses dentaires
- ☐ ☐ Autres :

ALIMENTATION

Oui Non

- ☐ ☐ Autonome
- ☐ ☐ Assistance au repas
- ☐ ☐ Régime diabétique
- ☐ ☐ Régime végétarien
- ☐ ☐ Végan
- ☐ ☐ Sans gluten
- ☐ ☐ Autre régime :
- ☐ ☐ Haché
- ☐ ☐ Lisse
- ☐ ☐ Alcool
- ☐ ☐ Sonde PEG
- ☐ ☐ Autres :
- ☐ ☐ Allergies alimentaires :

ÉLIMINATION

Oui Non

- ☐ ☐ Autonome
- ☐ ☐ Amener aux WC
- ☐ ☐ Donner bassin / urinal
- ☐ ☐ Incontinence / protections
- ☐ ☐ Sonde vésicale
- ☐ ☐ Sus-pubienne
- ☐ ☐ Vider uriflac matin et soir
- ☐ ☐ Sondage unique
- ☐ ☐ Urostomie
- ☐ ☐ Stomie digestive
- ☐ ☐ Dialyse
- ☐ ☐ Contrôle transit intestinal
- ☐ ☐ Autres :

RESPIRATION

Oui Non

- ☐ ☐ Autonome
- ☐ ☐ CPAP / nuit
- ☐ ☐ BIPAP / nuit
- ☐ ☐ Autres :

NUIT

Oui Non

- ☐ ☐ Laisser dormir
- ☐ ☐ Vider bassin / urinal
- ☐ ☐ amener aux WC
- ☐ ☐ Changer les protections
- ☐ ☐ Changer de position
- ☐ ☐ Coussin de position

NUIT (SUITE)

Oui Non

- ☐ ☐ Installation particulière :
- ☐ ☐ Barrière droite / gauche
- ☐ ☐ Enlever les prothèses
- ☐ ☐ Autres :

MÉDICAMENTS

Dans un semainier nominatif, dans les blisters, sauf les préparations faites en pharmacie.

Liste des médicaments **OBLIGATOIRE**.

☐ Gère seul

☐ Géré par l'infirmière

AUTRES TRAITEMENTS

Oui Non

- ☐ ☐ Anticoagulant
- ☐ ☐ Antiépileptique
- ☐ ☐ Allergies :
- ☐ ☐ Pansements :
- ☐ ☐ Douleur(s) :
- ☐ ☐ Divers :

Oui Non

- ☐ ☐ Injection insuline s/c
- ☐ ☐ Pompe

Oui Non

- ☐ ☐ Chambre implantable
- ☐ ☐ Shunt (artério-veineux)

Lieu et date :

Signature :

Veuillez joindre à ce document une copie recto-verso de la pièce d'identité valable du malade

A renvoyer au plus tard le **24 février 2026**
à lourdes@shoms.ch